

State of Minnesota

District Court

Estado de Minnesota

Tribunal de Distrito

County
Condado

Judicial District: _____
Distrito Judicial: _____
Court File Number: _____
Número de expediente del tribunal: _____
Case Type: _____
Tipo de caso: _____

- In Re the Marriage of:
 En el asunto del matrimonio de:
-
-

Plaintiff / Petitioner
Demandante / Peticionario

vs / and

vs / y

**Affidavit in Support of Motion
to Modify Child Support**
**Declaración Jurada en Respaldo del
Pedimento para Modificar
la Orden de Manutención de
Menores**

Defendant / Respondent
Demandado

Intervenor
Interventor

STATE OF MINNESOTA)
COUNTY OF _____) SS
(County where Affidavit Signed)
ESTADO DE MINNESOTA)
CONDADO DE _____) SS
(Condado donde se firmó la declaración jurada)

My name is _____. I state under
oath the following information:
Me llamo _____. Declaro bajo
juramento la siguiente información:

Reasons Why the Existing Order Should Be Changed

Motivos por los cuales debe cambiarse la orden actual

1. I request a change in the existing order because of (*check all that apply*):

- A 20% change in the gross income of the obligor (*person paying support*)
- A change in the number of joint children for whom the obligor is legally responsible and actually supporting
- Receipt of public assistance by a parent or caregiver of a child who is supported by an existing child support order
- Additional work-related or education-related child care expenses of the obligee or a substantial increase or decrease in existing work-related or education-related child care expenses
- A change in the availability of health care coverage and/or dental insurance coverage or a substantial increase or decrease in the cost of existing health care coverage
- The joint child has become disabled
- The other parent and I agree to modify the child support under the income shares guidelines

1. *Solicito el cambio de la orden actual debido a (marque todos los que se apliquen):*

- Un cambio del 20% en los ingresos brutos del obligado (la persona que paga el sustento)*
- Un cambio en el número de hijos mutuos por los cuales el obligado es legalmente responsable y en efecto mantiene*
- Cobro de asistencia pública por uno de los padres o encargados del cuidado de un menor mantenido por una orden de manutención de menores existente*
- Gastos adicionales de cuidado de niños relacionados con el trabajo o la educación del beneficiario del pago, o un aumento o una reducción sustancial de los gastos actuales de cuidado de niños relacionados con el trabajo o la educación*
- Un cambio en la disponibilidad de seguro médico y/o dental, o un aumento o una reducción sustancial del costo del seguro médico actual*
- El hijo mutuo ha quedado incapacitado*
- El otro parente y yo acordamos modificar la manutención de menores conforme a las pautas de distribución de ingresos*

2. I make the following other comments in support of my request for a change to the existing support/maintenance order:

2. *Hago los siguientes comentarios adicionales en respaldo de mi solicitud de cambio de la orden de manutención/pensión alimenticia:*

3. I am the parent of the following joint child(ren) involved in this case (*list only joint child(ren) involved in this case*).

3. *Soy el parent (la madre) de los siguientes hijos mutuos implicados en este caso (indique sólo los hijos mutuos implicados en este caso).*

Joint Child's Name

Nombre del hijo mutuo

Date of birth

Fecha de nacimiento

Information From Existing Child Support Order (Answer only those questions that apply)

Información de la Orden de Manutención de Menores Existente (Responda únicamente a las preguntas que se apliquen)

4. The existing support order was issued by the court in _____ County and is dated _____. In that Order, I am the (check one) Obligor (making payments) Obligee (receiving payments)
4. La orden de manutención actual fue emitida por el tribunal en el Condado de _____ y tiene fecha del _____. En esa Orden yo soy el (marque uno) Obligado (que hace los pagos) Beneficiario (que recibe los pagos)
5. At the time the existing order was issued, I was (check all that apply):
- Unemployed
 Employed at _____ (company or occupation) and earned \$_____ per hour week month with a monthly gross income of \$_____
 Other monthly gross income totaling \$_____ from _____ (list all sources, such as unemployment compensation, workers' compensation, social security, or other source).
5. En la fecha de emitirse la orden actual, yo estaba (marque todos los que se apliquen):
 Desempleado
 Empleado en _____ (compañía u ocupación) y ganaba \$_____ por hora semana mes para un ingreso mensual de \$_____
 Tenía otros ingresos mensuales brutos por un total de \$_____ de _____ (indique todas las fuentes, como compensación por desempleo, compensación por accidentes en el trabajo, seguro social u otra fuente).
6. At the time the existing order was issued, to the best of my knowledge, the other parent was (check one):
- Unemployed.
 Employed at _____ (company or occupation) and earned \$_____ per hour week month with a monthly gross income of \$_____ and had other monthly gross income totaling \$_____ from _____ (list all sources, such as unemployment compensation, workers' compensation, social security, or other source).
6. En la fecha de emisión de la orden actual, a mi leal saber, el otro parent estaba (marque uno):
 Desempleado.
 Empleado en _____ (compañía u ocupación) y ganaba \$_____ por hora semana mes para un ingreso mensual de \$_____ y tenía otros ingresos mensuales brutos de \$_____ de _____ (indique todas las fuentes, como compensación por desempleo, compensación por accidentes en el trabajo, seguro social u otra fuente).
7. At the time the existing order was issued, the joint child(ren) received monthly social security or veteran's benefits in the amount of \$_____ based on my disability other parent's disability and is paid to me other parent
7. Al momento de emitirse la orden actual, los hijos mutuos recibían beneficios mensuales del seguro social o de veteranos por un monto de \$_____ basándose en mi incapacidad la incapacidad del otro parent, y se pagan a mí al otro parent.

Current Information About Me

Información actual sobre mí

8. I am currently (*check all that apply*):
 Married Separated Divorced Living with a companion Single
8. Actualmente estoy (*marque todos los que se apliquen*):
 Casado Separado Divorciado Viviendo con un compañero Soltero
9. I am currently (*check one*) employed unemployed (*if employed, answer the following*):
- a. Employer: _____
 - b. Address: _____
 - c. Work telephone number: _____
 - d. Occupation /Type of work: _____
 - e. Length of employment: _____
 - f. Supervisor: _____
 - g. Gross Pay: \$_____ This does does not include overtime pay.
 - h. Paid: Weekly Every other week Twice a month Monthly
 - i. Previously employed by _____ for _____ years prior to the above employment.
9. Actualmente estoy (*marque uno*) empleado desempleado (*si tiene empleo, responda a lo siguiente*):
- a. Empleador: _____
 - b. Dirección: _____
 - c. Teléfono del trabajo: _____
 - d. Ocupación/Tipo de trabajo: _____
 - e. Duración del empleo: _____
 - f. Supervisor: _____
 - g. Salario bruto: \$_____ Esto incluye no incluye paga por tiempo extra.
 - h. Nomina: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
 - i. Empleado anteriormente con _____ por _____ años antes del empleo arriba indicado.
10. I have the following additional sources of income:
- | | | | |
|------------------------------|---------|-----------------------|---------|
| Commissions | \$_____ | Pension Payments | \$_____ |
| Annuity Payments | \$_____ | Unemployment Benefits | \$_____ |
| Military / Naval Retirement | \$_____ | Workers' Compensation | \$_____ |
| Spousal Maintenance Received | \$_____ | Disability Payments | \$_____ |
| Self-Employment | \$_____ | Other | \$_____ |
10. Tengo las siguientes fuentes de ingresos adicionales:
- | | | | |
|-------------------------------|---------|---|---------|
| Comisiones | \$_____ | Pagos de pensión | \$_____ |
| Pagos de anualidades | \$_____ | Beneficios por desempleo | \$_____ |
| Jubilación militar / naval | \$_____ | Compensación por accidentes en el trabajo | \$_____ |
| Manutención conyugal recibida | \$_____ | Pagos por incapacidad | \$_____ |
| Empleo por cuenta propia | \$_____ | Otra | \$_____ |
11. I receive (*check only if it applies*) MFIP Medical Assistance MinnesotaCare
 General Assistance SSI Child Care Assistance
11. Recibo (*marque únicamente si se aplica*) MFIP Asistencia Médica MinnesotaCare
 Asistencia General SSI Asistencia para Cuidado de Niños

12. The joint child(ren) currently receives monthly social security or veteran's benefits in the amount of \$ _____ based on my disability the other parent's disability and is paid to me other parent.

12. *Los hijos mutuos reciben actualmente beneficios mensuales del seguro social o de veteranos por un monto de \$ _____ basándose en mi incapacidad la incapacidad del otro parent, y se pagan a mí al otro parent.*

13. I am court ordered to pay monthly spousal maintenance.

(check one) YES NO If yes, how much? _____

13. *Por orden del tribunal debo pagar pensión alimenticia mensualmente.*

(marque uno) SÍ NO Si paga, ¿cuánto? _____

14. I support the following nonjoint child(ren):

Child's Name	Date of Birth	Relationship	Child support monthly amount	Living in my home
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No

(If ordered to pay child support for any child listed above, provide copies of court orders)

14. *Mantengo a los siguientes hijos no mutuos:*

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Relación	Manutención de menores monto mensual	Vive en mi casa
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No

(Si le ordenaron que pagara manutención de menores por cualquiera de los niños antes indicados, provea copias de las órdenes del tribunal)

15. My monthly expenses at the present time are as follows (if remarried, include total of household expenses):

15. *Mis gastos mensuales en este momento son los siguientes (si ha vuelto a casarse, incluya los gastos totales de la familia):*

Monthly Payment at Present Time
Pago mensual en este momento

- | | | |
|----|--|----------|
| a. | <input type="checkbox"/> House payment or
<input type="checkbox"/> Rent | \$ _____ |
| a. | <input type="checkbox"/> Pago de hipoteca o
<input type="checkbox"/> alquiler | \$ _____ |
| b. | Real Estate Taxes,
if not included in (a) | \$ _____ |
| b. | <i>Impuestos sobre propiedad inmueble,</i>
<i>si no se incluyen en (a)</i> | \$ _____ |
| c. | Association Dues or Lot Rent (for property) | \$ _____ |

c.	<i>Cuotas de asociación o alquiler de terreno (por propiedad)</i>	\$_____
d.	Insurance:	
	Homeowners, if not included in (a)	\$_____
	Car	\$_____
	Life	\$_____
d.	<i>Seguro:</i>	
	<i>De propietario, si no se incluye en (a)</i>	\$_____
	<i>Auto</i>	\$_____
	<i>Vida</i>	\$_____
e.	Utilities: (Average Monthly Amount)	
	Gas	\$_____
	Electricity	\$_____
	Telephone	\$_____
	Water and garbage	\$_____
	Cable TV	\$_____
e.	<i>Servicios públicos: (Monto mensual promedio)</i>	
	<i>Gas</i>	\$_____
	<i>Electricidad</i>	\$_____
	<i>Teléfono</i>	\$_____
	<i>Agua y basura</i>	\$_____
	<i>TV por cable</i>	\$_____
f.	Food	\$_____
f.	<i>Alimentos</i>	\$_____
g.	Clothing	\$_____
g.	<i>Ropa</i>	\$_____
h.	Laundry/dry cleaning	\$_____
h.	<i>Lavandería/tintorería</i>	\$_____
i.	Personal allowances and incidentals	\$_____
i.	<i>Gastos personales e incidentales</i>	\$_____
j.	Magazine and newspapers	\$_____
j.	<i>Revistas y periódicos</i>	\$_____
k.	Uninsured / unreimbursed medical expenses	\$_____
k.	<i>Gastos médicos no reembolsados</i>	\$_____
l.	Uninsured / unreimbursed dental expenses	\$_____
l.	<i>Gastos dentales no reembolsados</i>	\$_____
m.	Child care expenses	\$_____
m.	<i>Gastos de cuidado de niños</i>	\$_____
n.	Transportation expenses:	
	Car payment	\$_____
	License	\$_____
	Gasoline	\$_____
	Repairs	\$_____
n.	<i>Gastos de transporte:</i>	
	<i>Pago de auto</i>	\$_____
	<i>Licencia</i>	\$_____
	<i>Gasolina</i>	\$_____
	<i>Reparaciones</i>	\$_____
o.	Recreation/Entertainment	\$_____

<i>o.</i>	<i>Recreación/Entretenimiento</i>	\$ _____
<i>p.</i>	<i>Child(ren)'s needs (sports/school/hobbies)</i>	\$ _____
<i>p.</i>	<i>Necesidades de los niños (deportes/escuela/pasatiempos)</i>	\$ _____
<i>q.</i>	<i>Allowances</i>	\$ _____
<i>q.</i>	<i>Mesadas</i>	\$ _____
<i>r.</i>	<i>Other (list): _____</i>	\$ _____
<i>r.</i>	<i>Otros (indique): _____</i>	\$ _____
<i>s.</i>	<i>Charge accounts and loans (list):</i>	
<i>s.</i>	<i>Cuentas de crédito y préstamos (indique):</i>	
	Name of Account <i>Nombre de la cuenta</i>	Balance Owed <i>Saldo adeudado</i>
1.	_____	\$ _____
2.	_____	\$ _____
3.	_____	\$ _____
4.	_____	\$ _____
5.	_____	\$ _____

TOTAL MONTHLY EXPENSES:

\$

TOTAL DE GASTOS MENSUALES:

\$

16. The following people help me pay my current monthly expenses listed in question 15:

Spouse Companion Roommate(s) Relatives No One

16. *Las siguientes personas me ayudan a pagar los gastos mensuales actuales indicados en la pregunta 15:*

Cónyuge Compañero Compañeros de casa Parientes Nadie

17. The value of the property I currently own by myself or with someone else is:

Home \$ _____

Household goods \$ _____

Purchase price of my home \$ _____

Balanced owed on my home \$ _____

Other real estate \$ _____

Checking/savings \$ _____

Automobiles \$ _____ (year and make) _____

Recreational vehicles \$ _____ (year and make) _____

Personal property \$ _____

Stocks/bonds/etc. \$ _____

17. *El valor de la propiedad que actualmente poseo por mi cuenta o con otra persona es:*

Casa \$ _____

Bienes muebles \$ _____

Precio de compra de mi casa \$ _____

Saldo que debo por mi casa \$ _____

Otra propiedad inmueble \$ _____

Cuenta corriente/de ahorros \$ _____

Automóviles \$ _____ (año y marca) _____

Vehículos recreativos \$ _____ (año y marca) _____

Propiedad personal \$_____
Acciones/bonos/etc. \$_____

Current Information About Other Parent

Información actual sobre el otro parent

18. To the best of my knowledge, the other parent is currently:
(check one) employed unemployed (if employed, answer the following):
- a. Employer: _____
 - b. Address: _____
 - c. Work telephone number: _____
 - d. Occupation / Type of work: _____
 - e. Length of employment: _____
 - f. Supervisor: _____
 - g. Gross Pay: \$_____ This does does not include overtime pay.
 - h. Paid: Weekly Every other week Twice a month Monthly Unknown
 - i. Previously employed by _____ for _____ years prior to the above employment.
18. A mi leal saber, actualmente el otro parent está:
(marque uno) empleado desempleado (si tiene empleo, responda a lo siguiente):
- a. Empleador: _____
 - b. Dirección: _____
 - c. Teléfono del trabajo: _____
 - d. Ocupación/Tipo de trabajo: _____
 - e. Duración del empleo: _____
 - f. Supervisor: _____
 - g. Salario bruto: \$_____ Esto incluye no incluye paga por tiempo extra.
 - h. Nomina: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual
 Desconozco
 - i. Empleado anteriormente con _____ por _____ años antes del empleo arriba indicado.
19. To the best of my knowledge, the other parent has the following additional sources of income:
- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|
| Commissions \$_____ | Pension Payments \$_____ |
| Annuity Payments \$_____ | Unemployment Benefits \$_____ |
| Military / Naval Retirement \$_____ | Workers' Compensation \$_____ |
| Spousal Maintenance Received \$_____ | Disability Payments \$_____ |
| Self-Employment \$_____ | Other \$_____ |
19. A mi leal saber, el otro parent tiene las siguientes fuentes de ingresos adicionales:
- | | |
|---------------------------------------|---|
| Comisiones \$_____ | Pagos de pensión \$_____ |
| Pagos de anualidades \$_____ | Beneficios por desempleo \$_____ |
| Jubilación militar / naval \$_____ | Compensación por accidentes en el trabajo \$_____ |
| Manutención conyugal recibida \$_____ | Pagos por incapacidad \$_____ |
| Empleo por cuenta propia \$_____ | Otra \$_____ |
20. To the best of my knowledge, the other parent receives (check only if it applies) MFIP
 Medical Assistance MinnesotaCare General Assistance SSI
 Child Care Assistance
20. A mi leal saber, el otro parent recibe (marque únicamente si se aplica) MFIP Asistencia Médica MinnesotaCare Asistencia General SSI
 Asistencia para Cuidado de Niños

21. To the best of my knowledge, the other parent is ordered to pay spousal maintenance. (check one) YES NO If yes, how much? _____
21. A mi leal saber, actualmente el otro parent debe pagar pensión alimenticia por orden del tribunal: (marque uno) SÍ NO Si paga, ¿cuánto? _____

22. To the best of my knowledge, the other parent supports the following nonjoint child(ren):

Child's Name	Date of Birth	Relationship	Child support monthly amount	Living in the home
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No
			\$	Yes / No

22. A mi leal saber, el otro parent mantiene a los siguientes hijos no mutuos:

Nombre del hijo	Fecha de nacimiento	Relación	Manutención de menores monto mensual	Vive en la casa
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No
			\$	Sí / No

Parents Health Care Coverage Information

Información de seguro médico de los padres

Only answer if you are asking for a change in health care coverage and/or dental coverage for the joint child(ren).

Responda únicamente si solicita un cambio en el seguro médico y/o dental para los hijos mutuos.

23. **About me:** (check all that apply)

- I am court ordered to carry health care coverage for the joint child(ren)
- I now have private health care coverage available for the joint child(ren)
- I do not have or no longer have private health care coverage available for the joint child(ren)
- I cannot afford to pay my proportionate share of health care coverage for the joint child(ren)
- My proportionate share of health care coverage for the joint child(ren) should be changed
- I am court ordered to maintain health care coverage for other nonjoint children and coverage is in place for other nonjoint children.
- I have private health care coverage and/or dental insurance coverage in place for the following people: _____

Cost of monthly health care coverage for self: \$ _____

Cost of monthly health care coverage for dependents: \$ _____

Cost of monthly dental insurance for self (if separate coverage from health care coverage):
\$ _____

Cost of monthly dental insurance for dependents (if separate coverage from health care coverage): \$ _____

23. **Sobre mí:** (marque todos los que se apliquen)

- Por orden del tribunal debo proveer seguro médico para los hijos mutuos
- Tengo seguro médico privado disponible para los hijos mutuos
- No tengo o ya no tengo seguro médico privado disponible para los hijos mutuos
- No puedo pagar el costo de mi parte proporcional del seguro médico para los hijos mutuos

- Mi parte proporcional del seguro médico para los hijos mutuos debe ser cambiada*
 Por orden del tribunal debo mantener seguro médico para otros hijos no mutuos y dicho seguro está en pie para otros hijos no mutuos.
 Tengo seguro médico y/o dental en pie para las siguientes personas: _____

Costo mensual del seguro médico para mí: \$ _____

Costo mensual del seguro médico para los familiares mantenidos: \$ _____

Costo mensual del seguro dental para mí (si el seguro es separado del seguro médica): \$ _____

Costo mensual del seguro dental para los familiares mantenidos (si el seguro es separado del seguro médica): \$ _____

24. Currently, there is:
- no court order that directs either parent to carry private health care coverage for the joint child(ren).
 a court order that directs me the other parent to carry private health care coverage for the joint child(ren).
 Medical Assistance MinnesotaCare currently in place for the joint child(ren).

24. *Actualmente:*
- no hay una orden del tribunal que ordene a ninguno de los padres a proveer seguro médico para los hijos mutuos.*
 hay una orden del tribunal que me ordena ordena al otro parent a proveer seguro médico privado para los hijos mutuos.
 Hay Asistencia Médica Hay MinnesotaCare para los hijos conjuntos.

25. **About the other parent:** (check all that apply)
- The other parent is court ordered to carry health care coverage for the joint child(ren)
 The other parent has private health care coverage available for the joint child(ren)
 The other parent does not have or no longer has private health care coverage available for the joint child(ren)
 The other parent is court ordered to maintain health care coverage for other nonjoint children and coverage is in place for other nonjoint children.
 The other parent has private health care coverage and/or dental insurance coverage in place for the following people: _____

Cost of monthly health care coverage for self: \$ _____

Cost of monthly health care coverage for dependents: \$ _____

Cost of monthly dental insurance for self (if separate coverage from health care coverage): \$ _____

Cost of monthly dental insurance for dependents (if separate coverage from health care coverage): \$ _____

25. **Sobre el otro parent:** (marque todos los que se apliquen)
- Por orden del tribunal, el otro parent debe proveer seguro médico para los hijos mutuos*
 El otro parent tiene seguro médico privado disponible para los hijos mutuos
 El otro parent no tiene o ya no tiene seguro médico privado disponible para los hijos mutuos
 Por orden del tribunal, el otro parent debe mantener seguro médico para otros hijos no mutuos y dicho seguro está en pie para otros hijos no mutuos.
 El otro parent tiene seguro médico y/o dental en pie para las siguientes personas:

Costo mensual del seguro médico para él: \$ _____
Costo mensual del seguro médico para los familiares mantenidos: \$ _____
Costo mensual del seguro dental para él (si el seguro es separado del seguro médico):
\$ _____
Costo mensual del seguro dental para los familiares mantenidos (si el seguro es separado del seguro médico): \$ _____

Child Care Obligation

Obligación de cuidado de niños

Only answer if you are asking for a change in child care support for the joint child(ren).

Responda únicamente si solicita un cambio en la asistencia para el cuidado de niños mutuos:

26. I am court ordered to pay a proportionate share of child care support and the amount of child care support has changed.
 There is no court ordered child care obligation and I have child care expenses.
26. *Por orden del tribunal, debo pagar una parte proporcional de la asistencia para el cuidado de niños y el monto de asistencia para el cuidado de niños ha cambiado.*
 No existe obligación de pago por cuidado de niños por orden del tribunal y tengo gastos de cuidado de niños.
27. If there is an existing court order for monthly child care expenses, list the court ordered amount: \$ _____
27. *Si existe una orden de pago para gastos mensuales de cuidado de niños, indique el monto ordenado por el tribunal: \$ _____*
28. The **current** total monthly costs of child care are \$ _____
28. *El costo total mensual **actual** del cuidado de niños es \$ _____*

The information contained in this Affidavit is true and correct to the best of my knowledge.

La información que contiene esta Declaración Jurada es verdadera y correcta según mi leal saber.

Dated: _____

Signature (Sign only in presence of Notary or Court Deputy)

Fecha: _____

Firma (Firme únicamente en presencia de un Notario o Actuario del Tribunal)

Sworn / affirmed before me this
day of _____, _____

Notary Public / Deputy Court Administrator
Jurado/afirmado ante mí el
día de _____, _____

Notario Público / Actuario

Print Name: _____

Address: _____

City/State/Zip: _____

Telephone: (_____) _____

Nombre en letra de molde: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono: (_____) _____